التأمين والضمان الصحي
في وزارة الصحة العامة

مقدمة

استمرارا لنهج مكتب الرقابة المالية بدراسة نظم الرقابة الداخلية لمعرفة مدى كفاءتها لإحكام الرقابة المالية، في وزارة الصحة وتفعيلا للمادة الأولى بند 17 من قرار وزير المالية 10 لسنة 2000 في شان تحديد اختصاصات وتبعية المراقبين الماليين ورؤساء الحسابات والتي تنص على(دراسة أنظمة الرقابة الداخلية ومدى كفاءتها لإحكام الرقابة على العمليات المالية).

قام مكتب الرقابة المالية خلال السنة قبل الماضية بدراسة نظام الرقابة الداخلية الخاص بإدارة المستودعات الطبية والتي انتهت بآثار إيجابية أهمها :

عدم استمرار التجاوز على بند مواد وخامات – نوع أدوية وعقاقير ومواد كيماوية.

ولقد ساهمت تلك النتائج في تحفيزنا للاستمرار في إعداد مثل تلك الدراسات فكانت خطتنا للسنة الماضية دراسة نظام الرقابة الداخلية للرواتب في وزارة الصحة.

وأيضا واستمرارا لنهج المكتب في دراسة نظم الرقابة الداخلية للعمليات المالية قام المكتب بثالث دراسة وهي لدراسة نظام الرقابة الداخلية للتأمين والضمان الصحي، وقد أعتمد المكتب في دراسته على بحث الإجراءات الإدارية والمالية و المحاسبية التي تتبعها وزارة الصحة في العمليات المالية للتأمين والضمان الصحي.

والإجراءات التي يجب أتباعها في ضوء التعليمات الصادرة عن جهات الرقابة (وزارة المالية – ديوان المحاسبة– القرارات واللوائح المنظمة في وزارة الصحة) كما قام المكتب في هذا الصدد بزيارات ميدانية للمستشفيات حيث المراكز التي تقوم بعمل التأمين الصحي وبداية الدورة المستندية للعلاج بالمستشفيات للمؤمن لهم للإطلاع على نظام الرقابة عن طريق الحاسب الآلي لضبط جميع العمليات المتعلقة بالتأمين والضمان الصحي إداريا أو محاسبيا.

- تم أرفاق صور من القوانين والقرارات المنظمة للتأمين والضمان الصحي مع الدراسة.

التأمين والضمان الصحي

في وزارة الصحة العامة

تعريف نظام التأمين والضمان الصحى:-

لما كانت وزارة الصحة هي الجهة المخولة لتنفيذ القانون رقم (1) لسنة 1999 في شأن التأمين والضمان الصحي على الأجانب ووضع الشروط والضوابط اللازمة لذلك وفي المادة الثانية من القانون (لا يجوز منح الإقامة إلا بعد الحصول على وثيقة التأمين الصحي أو الضمان الصحي ويسري هذا الحكم عند تجديد الإقامة ويلتزم صاحب العمل بسداد أقساط التأمين أو الضمان الصحي ويبطل كل اتفاق يخالف ذلك) وواضح من هذه المادة إن القانون وضع طريقتين لتعامل الوافدين مع الخدمات الصحية.أولا التأمين الصحي وثانيا الضمان الصحي وهو أن تحصل الوزارة إيراداتها مباشر من المستفيدين من الخدمات الصحية أما نظام التأمين الصحي وهو التعامل مع شركات التأمين وقد نظمتها المادة الثالثة من القانون المذكور حيث تتولى شركات التأمين تقديم خدمات التأمين الصحي للأجانب وفقا لشروط تضعها وزارة الصحة على أن تتضمن وثيقة التأمين الخدمات الصحية الأساسية الموضحة بالمادة الرابعة من القانون المذكور ومن ثم تقوم الوزارة بتحصيل قيمة الخدمات الصحية التي تقدمها للمؤمن لهم من شركات التامين والخدمات التي تقدمها الوزارة هي:-

1. الفحص الطبي والعلاج اللازم في العيادات لدى الأطباء العاملين والاختصاصيين.
2. الفحوصات المخبرية والأشعة.
3. العمليات الجراحية عدا جراحات التجميل.
4. نفقات العلاج والدواء والإقامة في المستشفيات في الحالات العادية والطارئة.
5. العلاج العادي للأسنان.
6. الأدوية.

إدارة التأمين الصحي:-

ولتنفيذ القانون رقم (1) لسنة 1999 في شأن التأمين الصحي على الأجانب المشار إلية أعلاه صدر القرار الوزاري رقم (473) لسنة 1999 الخاص بإنشاء إدارة التأمين الصحي وتحديد اختصاصاتها، وقد حدد البند (4) من المادة الثانية للقرار فإن إدارة التأمين الصحي مسئولة عن إجراء العمليات المحاسبية و وضع إجراءات تحصيل أجور الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة سواء من شركات التأمين أو المشمولين بنظام الضمان الصحي و ذلك وفق النظم المحاسبية المقررة بالتنسيق مع الشئون المالية.

أما البنود التي لها علاقة بالدورة المستندية لحصر وتحصيل إيرادات التأمين الصحي كالآتي:

- البند (5) التنسيق مع شركات التأمين فيما يتعلق بتطبيق نظام التأمين الصحي.

- البند (8) اقتراح الرسوم الجديدة التي تفرض على الخدمات الصحية للأجانب عن التأمين و الضمان الصحي.

- البند (11) التقييم الدوري لتطبيق نظامي التأمين الصحي و الضمان الصحي من حيث مستوى الخدمات و دور العلاج المعنية و المردود الإيجابي أو السلبي لهذين النظامين.

- المادة (13) إعداد الميزانية اللازمة للإدارة و رفعها للجهات المعنية .(هل تتضمن تقدير إيرادات الضمان الصحي) .

إعادة تنظيم إدارة التأمين الصحي:-

وفي 2003/3/26 صدر قرار وزاري رقم 127 لسنة 2003 بإعادة تنظيم إدارة التأمين الصحي وتحديد اختصاصاتها الذي أيضا خص هذه الإدارة بوضع آليات العمل لتطبيق النظامين وتوفير متطلباتها الإدارية والمالية والفنية وذلك في البند 2 من المادة الثانية.

شركات التأمين:-

وتنفيذا لهذا القانون وتعاونا مع القطاع الخاص قامت وزارة الصحة العامة بتوقيع برتوكول عمل لاتفاقية التأمين الصحي على الأجانب بتاريخ 2000/7/2 مع شركات التأمين التالية:-

(تحصل بموجبه هذه الشركات على أسعار أفضل)

1. شركة الكويت للتأمين.
2. شركة الخليج للتأمين.
3. شركة الأهلية للتأمين.
4. شركة وربة للتأمين.

شركة الخدمات العامة تدير التأمين الصحي والضمان الصحي:-

وقد رأت وزارة الصحة إسناد عملية إدارة و تسجيل المشتركين بالتأمين الصحي والضمان الصحي لشركة خاصة.

وبناء عليه وبعد الحصول على الموافقات الرسمية المطلوبة قامت الوزارة بالتعاقد مع شركة الخدمات العامة بتاريخ 2002/7/28 على أن تبدأ العمل بعد شهرين من استلامها المواقع من وزارة الصحة وأهم الأعمال التي ستقوم بها الشركة هي الآتي:-

1. تسجيل المشتركين في الضمان و التأمين الصحي و إصدار البطاقات الخاصة بالمستفيدين من الضمان و التأمين الصحي.

2. توريد و تركيب الأجهزة و البرامج و التمديدات و الشبكات للحاسب الآلي و تقوم بتشغيله و صيانته. المادة الرابعة من العقد.

3. تحصيل رسوم الضمان الصحي لصالح الوزارة و إيداعها في الحساب البنكي الخاص بالوزارة دوريا يوميا أو أسبوعيا.

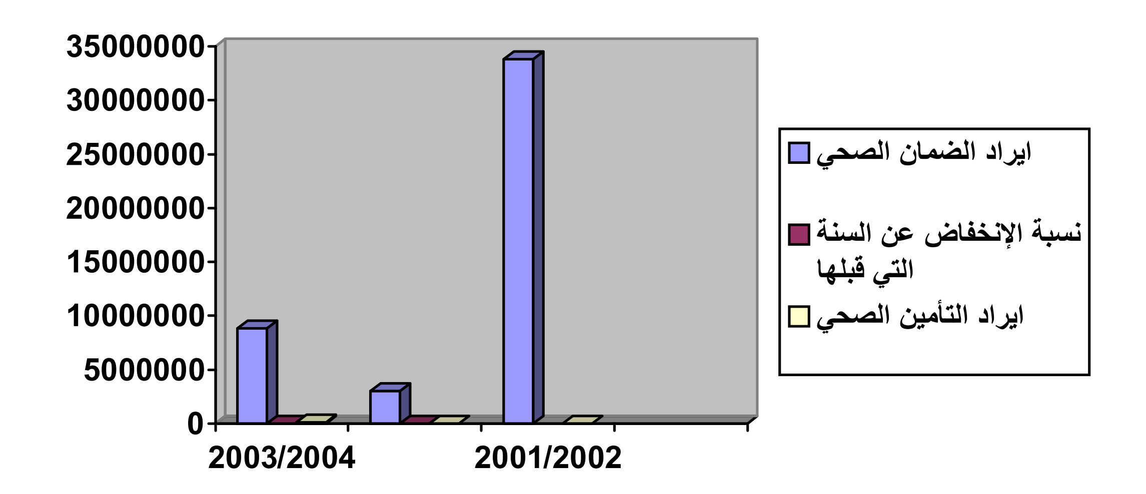
<u>مؤشرات ضعف الرقابة المالية فى نظام التأمين والضمان الصحى:-</u>

انخفاض إيرادات الضمان والتأمين الصحي بشكل كبير بالرغم من تقديم الخدمات الصحية على نفس المستوى للوافدين ونفس الأعداد:

أدى ضعف نظام الرقابة المالية في تحصيل مستحقات الوزارة من التامين الصحي إلى انخفاض إيرادات التأمين بشكل كبير و هو نظام يفترض انه بديل عن نظام الضمان الصحي و هنا نعرض مقارنه للإيرادات من التامين الصحي والضمان الصحي:

السنة المالية	2004/2003	2003/2002	2002/2001
أيراد الضمان الصحي	8850000	30270000	33826000
نسبة الانخفاض عن السنة التي قبلها	%71	%11	*%189
إيراد التأمين الصحي	146000	29000	31000

- **فــي هــذه الســنة حصــل زيــادة بــالإيراد عــن الســنة الماليــة 2001/2000 الإيراد(17867000) من الضمان الصحي**



يلاحـظ انخفـاض إيـراد الضـمان الصـحي بشـكل كبيـر بـدل أن يـزداد فـي السـنة الماليـة 2004/2003 وهي السنة التـي استلمت بـه شـركة الخـدمات العامـة العمل بالكامل، وقد استلمت العمل فـي أغسـطس 2002 بالسـنة الماليـة 2003/2002 وفـي هـذه السـنة كـان الإقبال على الضمان الصحي مستمرا، بينما الإقبال على التأمين الصـحي ضعيفا ثم ازداد فـي السـنة الماليـة التاليـة 2004/2003.بالإضـافة إلـى ازديـاد عـدد الشـركات التـي تقـدم خدمات التامين الصـحي إلى 9 شـركات بعد أن كانـت 4 شـركات التـي وقعت البرتوكـول مع وزارة الصحة ورغم ذلك انخفض الإيراد بشكل كبير.

ملاحظات مكتب الرقابة المالية على نظام الرقابة الداخلية للتأمين والضمان الصحي:-

أولا:- ضعف الرقابة الإدارية:-

تعارض القرارات الإدارية المنظمة للعمليات المالية للضمان والتأمين الصحي:-

1) صدر قرار أنشاء إدارة التأمين الصحي بتاريخ 1999/9/29 الذي اسند لها تنظيم العمل المالي والإداري للتأمين الصحي، و هذا القرار سبب ضعف الرقابة المالية على الدورة المستندية للتامين الصحي في مراكز الخدمة الأولية والمستشفيات حيث نشأت مستند المطالبة المالية.

واستدركت وزارة الصحة الأمر فأصدرت قرارات بإعادة تنظيم إدارة التأمين في 2003/3/26 برقم 127 الذي أشار في البند 2 من المادة الثالثة " وضع آليات العمل لتطبيق النظامين (الضمان والتأمين الصحي) وتوفير متطلباتها الإدارية والمالية والفنية وأيضا تكررت الازدواجية بخصوص العمل المالي.

2) خص قرار إنشاء إدارة التأمين الصحي وتحديد اختصاصاتها هذه الإدارة بالمسئولية عن إجراء العمليات المحاسبية ووضع إجراءات تحصيل أجور الخدمات الصحية التي تقدمها الوزارة سواء من شركات التأمين أو المشمولين بنظام الضمان الصحي و ذلك وفق النظم المحاسبية المقررة بالتنسيق مع الشئون المالية.

أدى إسناد الاختصاص المالي لإدارة التأمين الصحي لضعف الضوابط المحاسبية والرقابية للعمليات المالية [1] الأمر الذي وضع إدارة التأمين الصحي في وضع المتابع لعمل شركة الخدمات العامة وانتظار النتائج، بدل المبادرة باقتراح نظام يحفظ حق الوزارة في حصر وتحصيل المبالغ المالية المستحقة لها في ظل نظام محاسبي به ضوابط رقابية في جميع مراحل التأمين الصحي.

- **<u>دراسة الدورة المستنديه لنظام التأمين والضمان الصحى :-</u>**

أولا : المستشفيات :-

عند مراجعة مريض التأمين الصحي للمستشفى يتم تعبئة نموذج خدمة صحية للمريض وترافقه عند دخوله المستشفى كالآتي:-

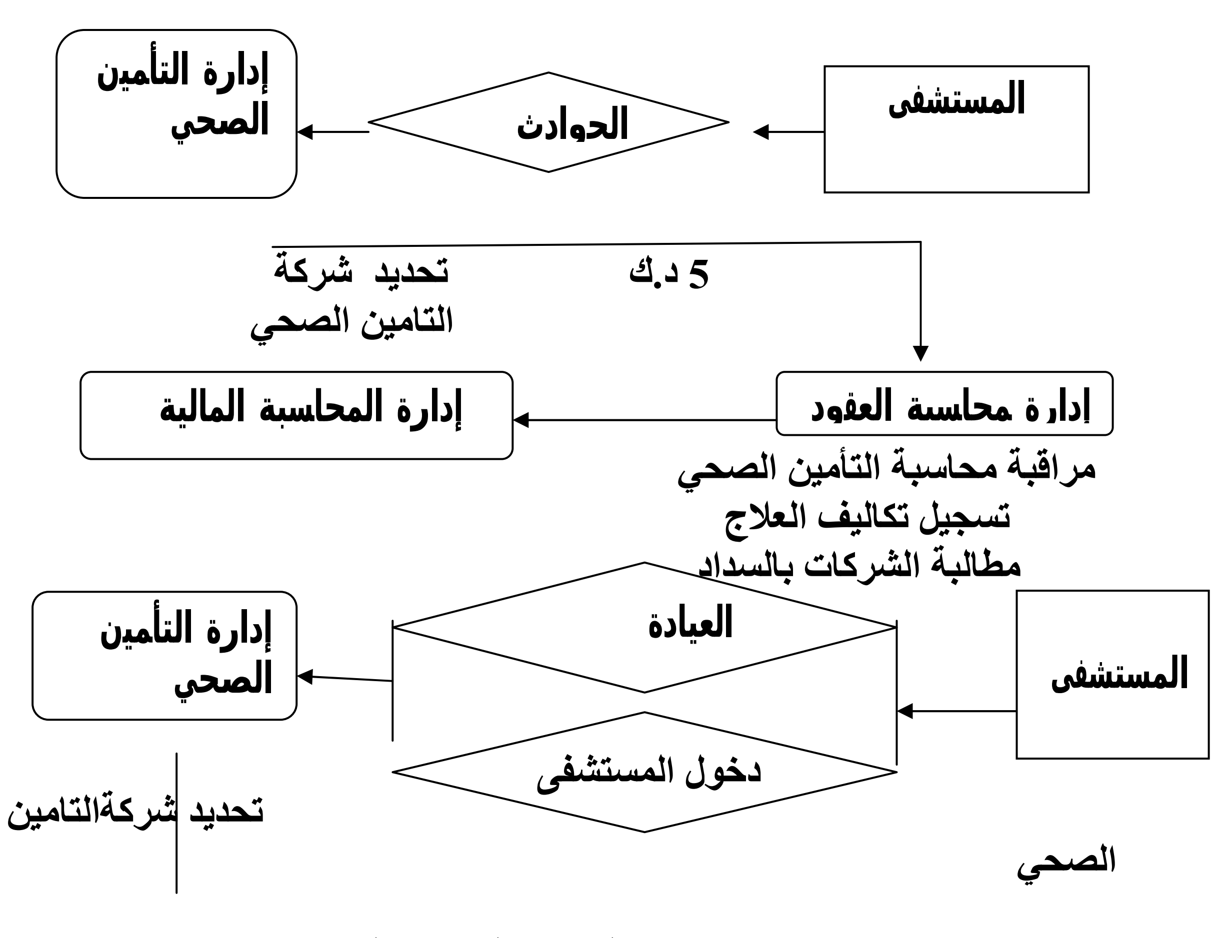
مراجعة الحوادث تكلفتها 5 دنانير ثم تنتهي مراجعة المريض وتحول لإدارة التأمين الصحي لتحديد الشركة التي يتبعها المريض ثم لإدارة محاسبة العقود مراقبة محاسبة التأمين الصحي لتحميل التكلفة على شركة التأمين ومطالبتها بالمبلغ وإرسال المبالغ الإجمالية لإدارة المحاسبة المالية لتسجيلها بالدفاتر المحاسبية و IFS .

---

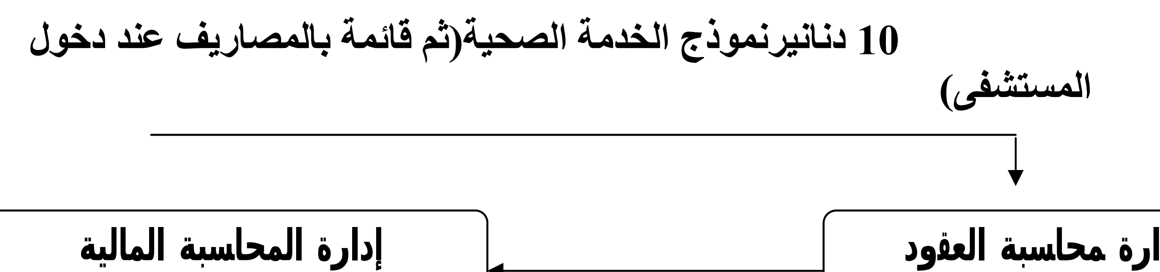
(1) مخالفة المادة (5) إيرادات من قواعد تنفيذ الميزانية

الدورة المستنديه لنظام التأمين والضمان الصحي

أولا المستشفيات:



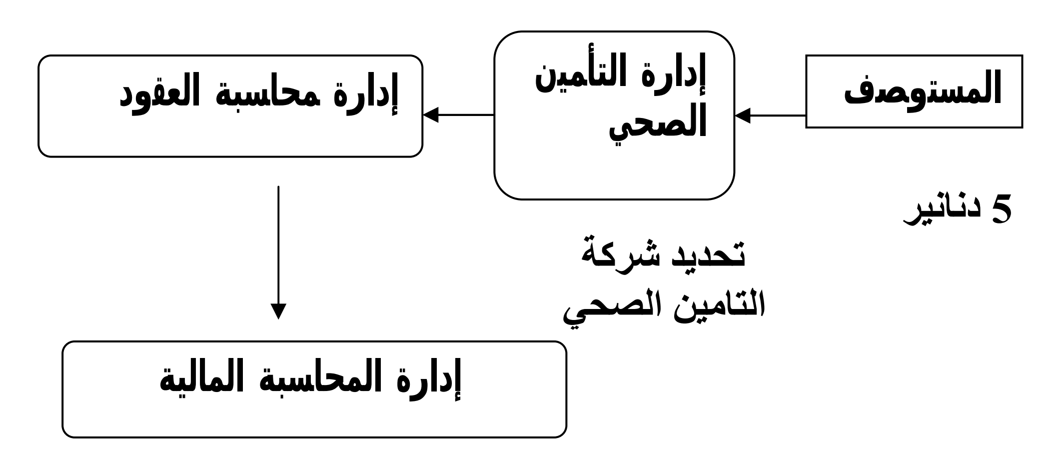
10 دنانيرنموذج الخدمة الصحية(ثم قائمة بالمصاريف عند دخول المستشفى)



مراقبة محاسبة التأمين الصحي

تسجيل تكاليف العلاج
مطالبة الشركات بالسداد

ثانيا: المراكز الصحية: (المستوصفات):-



- **يتم حصر وتحديد المبالغ المستحقة على المؤمن عليهم من حاسب الوزارة وليس شركة الخدمات كما يجب**

<u>ثانيا:- ضعف الرقابة المالية</u>

1) **ضعف الرقابة الداخلية على نظام الحاسب الآلي:**

- وبالاستفسار من أداره نظم المعلومات في وزارة الصحة عن الضوابط الرقابية العامة في نظام الحاسب الآلي الذي تقدمه شركة الخدمات العامة وخصوصا نظم الرقابة على الأمن والوصول للبيانات ونظم الرقابة على العمليات والبيانات.

والضوابط الرقابية المذكورة أعلاه غير مطبقة على نظام الحاسب الآلي المستخدم في التأمين الصحي.

- هناك العديد من المشاكل التي يترتب عليها ضياع لمستحقات الوزارة نتيجة عدم عمل نظام الحاسب الآلي للشركة بكفاءة مثل :-[2]
   أ- عطل بعض أجهزة إدخال البيانات في المستشفيات لعدة أيام قد تصل لأسبوع يترتب عليه عدم تسجيل تكاليف علاج المرضى المؤمن عليهم.
   ب- كثير من المراجعين لا تظهر بياناتهم على الحاسب الآلي على الرغم من حملهم بطاقة التأمين، أيضا هؤلاء يتلقون العلاج دون أن تسجل عليهم المبالغ المستحقة. ويجب بحث سبب عدم وجود سجل لهم بالنظام وعددهم.
   ت- يوجد نموذج " المطالبة اليدوية " تستعمل في حالة عطل الجهاز عن العمل تفتقر لأي ضابط محاسبي تسجيلا وتداولا وحفظا، ولذلك لعدم تنظيمها إداريا وماليا.

- تقوم شركة الخدمات العامة بتحصيل مبالغ الضمان الصحي وإيداعها في حساب الوزارة دون أن ترفق بها المستندات المؤيدة لمتحصلاتها والتي لم يتم استخراجها من الحاسب الآلي أو بالنظام اليدوي مما يؤدي لعدم خضوعها للرقابة فقد يكون [3]المبلغ المودع أقل من المحصل أو تم الاحتفاظ به فترة تخالف المادة الرابعة بالعقد الموقع مع الشركة بان يتم الإيداع يوميا حسب طلب الوزارة.(3)

2) **<u>الاختلاف في احتساب عقوبة التأخير:-</u>**

1) لقد تم تسليم المواقع لشركة الخدمات العامة في 2003/7/12 على أن تبدأ العمل بعد شهرين من تاريخ استلام المواقع إلا أن بداية العمل بالحاسب الآلي تمت في 2004/3/1

---

(2) مخالفة المادة (5- 6- 10) إيرادات من قواعد تنفيذ الميزانية

[3] مخالفة المادة (6) إيرادات من قواعد تنفيذ الميزانية

بتأخير ستة شهور وحسب المادة (12) من العقد المبرم مع الشركة يترتب عليها عقوبة تأخير بمبلغ 21000 دينار(واحد وعشرون ألف دينار) لم يتم إثباتها وبالتي تأخير المطالبة بها وتحصيلها.(في حالة اعتبار أن تشغيل المشروع هو تسليم للعمل ينهي عقوبة التأخير).[4]

- بما أن ما تقدمه شركة الخدمات العامة لوزارة الصحة هو نظام حاسب آلي يقوم بحفظ بيانات المؤمن عليهم وبيانات الخدمات التي تقدمها الوزارة للمؤمن عليهم وبالتالي حساب المطالبات المالية المستحقة للوزارة.[5]

إن الشركة حتى تاريخه لم تقم بتسليم قاعدة البيانات وسرية التعامل في بياناتها للوزارة. فيعتبر هذا التأخير في تسليم مسئولية إدارة البيانات للوزارة تأخير في تسليم العمل تترتب عليه عقوبة تأخير تصل إلى 250000 دينار. وأن مجرد تشغيل النظام لا يعتبر تسليم للمشروع وانتهاء فترة سريان عقوبة التأخير.

اقتراحات المكتب

أولا:-

أن يتخذ قرار بوقف التعامل مع شركات التأمين والعودة الى نظام الضمان الصحي، حتى يتم وضع نظام مالي و إداري يتحقق بموجبه المحافظة على المال العام ومعالجة ضعف الرقابة المالية الحالية الأمر الذي أدى لصعوبة حصر المبالغ المستحقة للوزارة.

---

(4) مخالفة المادة (11) إيرادات من قواعد تنفيذ الميزانية
(5) مخالفة المادة (13) إيرادات(30) حسابات من قواعد تنفيذ الميزانية

والقيام بما يلي:

1. أن يتم التحصيل المباشر لمبلغ الضمان.
2. توثيق وإعادة دراسة طبيعة العلاقة مع شركة الخدمات العامة وخصوصا التعامل مع قاعدة البيانات.
3. واعتبار أن هناك فترة تجريبية حتى يثبت نجاح وفاعلية الحاسب الآلي.

ثانيا:-

أن يتم حصر المبالغ المستحقة على شركات التأمين و مطالبتها بالسداد قبل إن يتم البدء بالمرحلة الثانية، حيث يتطلب الأمر مراجعة وحصر جميع المستندات ومنهم من حصل على الإقامة وليس له سجل بالحاسب الآلي عن طريق مقارنة الأرقام مع الحاصلين على الإقامة من وزارة الداخلية.

ثالثا:-

عند إعادة تنظيم الدورة المستندية وإحكام الرقابة المالية على نظام التأمين الصحي يجب مراعاة وجود مكتب أو مندوب من شركات التامين في المستشفيات ليعتمد النماذج الخاصة بعلاج المرضى بالمستشفيات، ليتم الاستغناء عن طلب مراجعتها عند مطالبة الشركة بالسداد.

رابعا:-

يجب وضع حد أدنى لقسط التأمين حيث أن المبالغ التي تحصلها شركات التأمين كقسط تامين مقابل تغطية المؤمن لهم بالتأمين الصحي غير منطقية حيث يتم تحصيل 15دينار وهي لا تغطي إلا

زيارة للعيادة تكلف 10 دنانير وأخرى للمستوصف تكلف 5 دنانير بينما هناك نفقات على مرضى مؤمن لهم تكلف آلاف الدنانير.

جدول بالمرفقات

الرقم	بيان
1	قانون رقم (1) لسنة 1999 في شأن التأمين الصحي على الأجانب و فرض رسوم مقابل الخدمات الصحية .
2	قرار وزاري رقم (473) لسنة 1999 بإنشاء إدارة التأمين الصحي و تحديد اختصاصاتها .
3	قرار وزاري رقم (353) لسنة 2000 بشأن السماح للمستشفيات الخاصة المرخص لها في الكويت بالعمل بنظام التأمين الصحي الأهلي .
4	بروتوكول عمل (لإ تفاقية التأمين الصحي على الأجانب) .
5	عقد تسجيل المشتركين بالضمان الصحي و التأمين الصحي و إصدار البطاقات الخاصة بهم – مع شركة الخدمات العامة .

الفهرس

المقدمة	1
تعريف نظام التأمين والضمان الصحي	2
إدارة التأمين الصحي	3
إعادة تنظيم إدارة التأمين الصحي	4
شركات التأمين	4
شركة الخدمات العامة تدير التأمين الصحي والضمان الصحي	4
مؤشرات ضعف الرقابة المالية في نظام التأمين والضمان الصحي	5
ملاحظات مكتب الرقابة المالية على نظام الرقابة الداخلية للتأمين والضمان الصحي	7
أولا: ضعف الرقابة الإدارية	7
دراسة الدورة المستنديه لنظام التأمين والضمان الصحي	8
الدورة المستنديه لنظام التأمين والضمان الصحي	9
ثانيا:- ضعف الرقابة المالية	10
الاختلاف في احتساب عقوبة التأخير	11
اقتراحات المكتب	12